

*全額立替払いした場合のみ

ファイザー健康保険組合

※健康保険は決して使用しないでください。使用された場合の費用補助はできません。

送付先 株式会社幸生健康管理センター 健診案内センター
〒105-0001 東京都港区虎ノ門4-3-10 虎ノ門きよしビル6階

令和8年度 がん検診等費用請求書

受診者氏名	健康保険証 記号 - 番号 —
電話番号	※口座内容の相違などにより、お振込みの手続きができない場合がございます。 念の為、日中ご連絡のとれるお電話番号をご記入下さい。

お振込口座は、受診者ご本人名義の口座に限ります。

フリガナ								
金融機関名	※							銀行 信用金庫
フリガナ								
支店名								本店 支店
口座番号 右詰で記入	1.普通口座 2.貯蓄口座							
	姓				名			
フリガナ								
口座名義 受診した本人名義に限る								

書類は全てお揃いですか？念のために、下記に チェックをお願い致します。

- 健康診断結果票（コピー）
- 領収証（原本）※宛名は受診者ご本人の名前としてください
- がん検診等費用請求書（口座情報を記入したこの書類）

◎お支払健診料より上限額分までを指定銀行口座にお振込みいたします。

補助金上限額(税込)

検査項目	対象年齢	補助上限額(税込み)
胃部検診(X線または内視鏡)	40歳以上	¥16,500
ABC検診 ペプシノゲン+ピロリ菌検査	1人1回 全員	¥5,500
便潜血検査(2回法)	30歳以上	¥2,750
大腸内視鏡	45歳以上	¥22,000
乳がん検診(マンモグラフィーまたは乳房超音波検査)	全員(女性)	¥10,450
子宮頸部細胞診検査	全員(女性)	¥6,600
前立腺腫瘍マーカー	50歳以上(男性)	¥2,750
眼底検査(両眼)	40歳以上	¥2,200
HCV検査	全員	¥2,530
骨密度検査	40歳以上	¥3,850

収集した個人情報の利用は、本手続きにおいてのみ利用し、目的外の利用を禁止しています。第三者に開示・提供は致しません。
また、補助金申請についての対応が終了した時点で情報は破棄されます。